

1 例坏疽性脓皮病患者的中西医结合护理体会

耿园园, 蔡 月

(北京市肛肠医院 重症监护室, 北京, 100032)

摘要: 坏疽性脓皮病是由无菌性中性粒细胞浸润引起的一种炎症性皮肤病, 在临床上较罕见。本科室于 2023 年 11 月 22 日收治 1 例坏疽性脓皮病合并肛周感染患者, 因患者病情重、创面大、护理难度高, 通过辨证施护与中西医结合治疗, 患者康复出院。

关键词: 坏疽性脓皮病; 中医护理; 护理个案

Experience of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for a patient with gangrenous pyoderma

GENG Yuanyuan, CAI Yue

(Intensive Care Unit, Beijing Colorectal Hospital, Beijing, 100032)

ABSTRACT: Gangrenous pyoderma is an inflammatory skin disease caused by sterile neutrophil infiltration, which is relatively rare in clinical practice. On November 22, 2023, a patient with gangrenous pyoderma complicated with perianal infection was admitted to our department. Due to the severity of the patient's condition, large wound size, and high nursing difficulty, the patient recovered and was discharged through syndrome differentiation nursing and integrated traditional Chinese and Western medicine treatment.

KEY WORDS: pyoderma gangrenosum; Traditional Chinese Medicine nursing; nursing case

坏疽性脓皮病目前病因不明, 目前认为可能与中性粒细胞功能异常、多种炎症因子的刺激、免疫异常等因素有关^[1], 是一种复杂的噬中性粒细胞皮肤病^[2-3], 多伴有其他基础疾病。其临床表现丰富, 初期极易被误诊, 20~30% 的患者存在同形反应, 临床少见, 且现代医学对于坏疽性脓皮病的发病机制尚不明确, 临床治疗与护理挑战巨大。中医理论将其归属为“筋疽”及“发”等范畴, 认为此病因外感六淫邪毒、过食膏粱厚味, 外伤感染等气滞血瘀、热胜肉腐、化腐成脓而致痈肿。根据其中医表现, 进行中医辨证施治, 可缩短坏疽性脓皮病创面愈合时间、减少复发^[4]。我科于 2023 年 11 月 22 日收治 1 例坏疽性脓皮病患者, 通过运用中医中药治疗坏疽性脓皮病, 效果显著, 以期临床护理工作中对坏疽性脓皮病治疗与护理提供依据, 现将病例分享如下。

1 病例资料

1.1 时间线

患者于 2023 年 11 月 22 日因坏死性筋膜炎入

院行“坏死性筋膜炎清创引流术+VSD 负压封闭引流术”; 于 12 月 1 日行“横结肠造口术”后因创面反复清创逐渐扩大, 肛周可见组织缺损、坏死, 边缘皮肤肿胀, 皮损边缘呈紫红色; 于 12 月 8 日经院内外专家会诊确诊“坏疽性脓皮病”, 经中西医结合治疗后, 于 12 月 20 日出院, 肛周创面于 2024 年 2 月 28 日愈合。

1.2 一般资料

患者男性, 36 岁, 于 2023 年 11 月 22 日因混合痔在外院行痔切除术 after 出现肛周感染伴疼痛, 予以抗感染药物治疗, 5 d 后, 患者肛周感染灶范围扩大, 疼痛明显加重伴体温升高, 体温(T)最高 38.7℃, 即来我院治疗。入院时症见: 肛门红肿, 肛周混合痔痔环脱出伴水肿、糜烂、部分坏死、肛周左侧皮肤呈黑褐色, 右后位皮肤肿胀。门诊以“坏死性筋膜炎”收住院治疗。

1.3 体格检查

2023 年 11 月 28 日血常规+CRP+一般生化: 血常规示白细胞计数 $2.8 \times 10^9/L$, 中性细胞比率

86.7%,淋巴细胞比率13%,单核细胞比率0.1%,嗜酸性粒细胞比率0.1%,红细胞计数 $2.16 \times 10^{12}/L$,血红蛋白63 g/L,血小板计数 $74 \times 10^9/L$,超敏C-反应蛋白204.18 mg/L,丙氨酸氨基转移酶8.9 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶10.2 U/L,总蛋白44.9 g/L,白蛋白24.1 g/L,尿素氮2.57 mmol/L,肌酐54.42 $\mu\text{mol}/L$,血清总钙1.81 mmol/L,乳酸脱氢酶308 U/L, α -羟丁酸脱氢酶213 U/L,甘油三酯1.85 mmol/L,铁3.63 $\mu\text{mol}/L$,前白蛋白76.71 mg/L,G/GM试验阴性;12月8日血涂片提示中性粒细胞内可见中毒颗粒,T-SPOT阴性。

1.4 明确诊断

患者因肛周皮肤急性坏死、疼痛,入院时诊断“坏死性筋膜炎”,于11月27日行坏死性筋膜炎清创引流术+VSD持续负压封闭引流术,12月1日行横结肠造口术,同时予亚胺培南、万古霉素及哌拉西林抗感染,人血白蛋白、悬浮红细胞肠外营养支持治疗9 d后感染控制欠佳。患者多次清创后坏死区域逐渐扩大,伴发热,血培养:阴性,组织培养为少量粪肠球菌。查体见患者肛周皮损边缘呈青紫色伴疼痛,可见水泡,其皮下组织潜行感染、少量脓液,无渗血,横结肠造口处肠管黏膜溃疡。12月8日患者肛周可见组织缺损、坏死,边缘皮肤肿胀,皮损边缘呈紫红色,病理切片见:真皮密集中性粒细胞浸润,部分区域见血管炎改变,经多学科专家会诊,综合以上予患者明确诊断为坏疽性脓皮病。中医诊断:湿热内生,下注肛门,蕴久化热,热盛肉腐,发为疮疡,证属湿热毒盛证。

1.5 治疗干预

11月27日行肛周坏死性筋膜炎清创引流术+VSD负压封闭引流术;12月1日行横结肠造口术;亚胺培南1 g,4次/d,静脉滴注6 d后停药;万古霉素1支,1次/d,静脉滴注9 d后停药。明确坏疽性脓皮病后,遵医嘱给予度利安50 mg口服,1次/d;环孢素125 mg口服,2次/d;甲强龙80 mg,1次/d,静脉滴注8 d后改为40 mg/次,静脉滴注4 d后停药,改醋酸泼尼松龙50 mg口服,1次/d,每周减5 mg,逐渐减量至2024年2月21日停药。住院期间根据患者化验指标、营养风险筛查评估内容,予悬浮红细胞静脉输注,人血白蛋白,蔗糖铁、结构脂肪乳等静脉输注。中医治疗:局部皮损处予清热、燥湿、解毒(肛洗1号)中药湿敷治疗;为缓解患者肛周创面疼痛,予中医耳穴压丸止痛治疗;为缓解患者腹泻症状,取关元穴行中医艾灸治疗。

2 护理

2.1 护理评估

住院患者日常生活能力评定40分(需要帮助);住院患者跌倒危险因素评估表45分(高危);压力性损伤危险因素评估表10分(危险);静息状态下NRS疼痛评分可达6分(轻度疼痛),换药时可达9分(重度疼痛);通过留取图像资料确保伤口评估的准确性、直观性与记录完整性,所有图像采集均为责任护士一人完成,每日协助患者取同一卧位采集创面图像;根据患者疾病的所处状态及血红蛋白、白蛋白数值,经过国际营养风险筛查表进行营养评估,患者诊断为中度贫血、低蛋白血症及营养不良。

2.2 护理诊断

疼痛与坏疽性脓皮病与创面损伤有关;体温升高与疾病感染有关;腹泻与禁食、营养失调有关;贫血与坏疽性脓皮病疾病有关;营养失调与患者禁食、食欲降低有关。

2.3 护理计划

针对患者实际,制定如下护理计划:疼痛:减轻患者疼痛感受,使患者住院期间NRS疼痛评分不超过4分;体温升高:查明患者体温升高的原因,逐步将患者体温降至正常;腹泻:改善腹泻,养成良好排便习惯;贫血:住院期间纠正患者贫血状态;营养失调:根据患者营养评分,制定补液计划,使患者住院期间补充充足的营养。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛护理

坏疽性脓皮病在皮损早期和进展期疼痛和触痛明显^[5],该患者入院时,患者静息状态下疼痛评估(NRS)评分为6分,换药时疼痛评估(NRS)达9分,属重度疼痛。遵循三阶梯镇痛原则^[6],在换药前30 min予患者肌肉注射盐酸哌替啶注射液50 mg,日常给予氨酚羟考酮片1片口服,4次/d。同时遵医嘱予患者行中医耳穴压丸治疗,操作前询问患者有无酒精、金属、胶布等过敏史;操作时协助患者取舒适卧位,将患者头偏向一侧,使用75%酒精棉球轻轻擦拭整个耳廓2遍,包括正面和背面,再用干棉球再次擦拭整个耳廓,直至彻底清理干净,耳廓皮肤呈干燥状态;清洁耳部局部皮肤后,取大肠、小肠、直肠、皮质下、肛门、神门及交感等7个脏腑对应耳穴位置,先用探针点按相应耳穴有轻度凹陷,然后将磁珠固定在所选穴位凹陷内,将胶贴四个角压实,用拇指与食指按压所贴

穴位之处,使穴位出现酸沉麻木或疼痛为止,每4 h 按压1次,每个穴位按压15~20次,磁珠每3 d 更换1次。中医认为,疼痛主要由于淤血内阻、气机郁结所致,耳穴压丸技术能够有效刺激脏腑对应的耳穴,疏通经络,从而阻止疼痛传入中枢神经,使疼痛得以缓解^[7]。第12天患者自诉疼痛缓解,静息状态下患者NRS评分为3分,换药时NRS评分为6分,换药前停用盐酸哌替啶注射液。

2.4.2 腹泻护理

在临床中,由于腹泻病程较长,证型复杂,增加治疗难度,需探索行之有效的治疗方法。艾灸作为中医传统外治法,治疗腹泻疗效显著,但具体机制还需进一步阐明^[8-9]。王树东等研究发现,艾灸关元可增加双歧杆菌和乳酸杆菌数量,艾灸天枢可使肠杆菌和肠球菌数量增加,艾灸可选择性调控肠道菌群类型,从而恢复稳态^[10]。针对该患者我科室采用中医艾灸疗法联合地衣芽孢杆菌口服治疗腹泻,操作前协助患者取平卧位,取患者关元穴(下腹部,前正中线上,当脐中下3寸)轻压几下,点燃艾灸条,放入灸盒中,垂直对应关元穴行艾灸治疗,2次/d,20 min/次,灸至小腹温暖、局部皮肤红晕发热为宜。患者在中医艾灸治疗5 d后,腹泻得到缓解,排便次数减少,1~2次/d。

2.4.3 创面护理

患者皮损为侵袭性溃疡,炎症反应加剧,患者红肿热痛显著,且皮损伴破溃,溃疡面覆盖脓液及大量坏死组织,取分泌物进行培养,显示少量粪肠球菌。在换药时,先用3%过氧化氢溶液漩涡式冲洗创面,再用0.9%生理盐水漩涡式冲洗后湿敷创面,待坏死组织软化后,予以清除,减轻患者疼痛的同时可以缓解局部水肿^[11-12]。清创后用0.5%碘伏溶液由内向外环形消毒,使用4~6层无菌纱布浸湿我院协定方“肛洗1号”外敷皮损处20 min,2次/d。肛洗1号协定方(马齿苋15 g、败酱草15 g、大黄7.5 g、白芷7.5 g、地丁7.5 g及净蝉蜕7.5 g)具有燥湿收敛、清热解毒等功效。湿敷后予吡美莫司乳膏外涂,最后使用银离子敷料覆盖破溃伤口,予无菌纱布包扎固定,未破溃处涂抹我院特制复方丁卡因软膏以清热止痛、解毒消肿。换药1周后,创面逐步收敛、缩小。银离子可阻碍细菌细胞壁蛋白的合成及细胞核DNA的分裂,使细菌细胞壁破裂而死亡,杀菌效力可维持3~7 d^[13]。同时可抑制细菌、真菌、微生物及部分病毒而达到抑菌抗感染促进组织生长。

2.4.4 造口护理

患者术后第1日,结肠造口可见散在溃疡面,造口3点钟方向,皮肤缝合处可见一0.5 cm×2 cm皮肤裂口,予0.9%生理盐水冲洗创面后,予0.5%碘伏消毒,待干后予藻酸银敷料覆盖创面,可起到吸收渗液,促进组织生长,控制感染的目的,外层予透明敷料覆盖。造口溃疡面给予0.9%生理盐水棉球轻轻擦拭,祛除分泌物与脓液。造口周围予防漏膏贴敷固定,通过评估造口大小与造口底盘外圈粘贴面宽度,剪裁合适的造口底盘,以造口为中心,由内向外按压粘贴后扣上造口袋,并嘱患者将手放于造口袋上方按压10 min,增加造口底盘的粘合度。每2 d换药1次,6 d后患者造口3点钟方向皮肤裂口愈合,造口溃疡消失。

2.4.5 饮食护理

患者由于伤口疼痛的原因,进食明显减少,导致低蛋白血症、营养失调。治疗初期,我科室邀请营养科会诊,为患者指定个体化的营养支持方案,即予外周静脉营养输注、人血白蛋白注射液静脉滴注,每日口服场内营养粉(TP)400 g。营养平衡后嘱患者进食高蛋白、高维生素及易消化的饮食,禁食辛辣刺激、高钠等食物,忌烟、酒,以保证患者机体需要量,促进创面愈合。

2.4.6 心理护理

本病患者皮损位于肛周,严重影响患者自尊心,且患者担心疾病预后对肛门功能的影响及肛周部位皮肤愈合情况,患者情绪焦虑。结合患者实际情况,采取医护人性化护理、家属共同参与的联合护理模式。同时,每次换药室,将患者伤口好转的信息及时反馈给患者,增强患者战胜疾病的信心,提高患者治疗的依从性,住院期间,随时了解患者的心理状态,及时帮助患者解决心理问题。同时,鼓励患者家属共同参与到患者的疾病管理中,向患者家属讲解患者目前的心理状态,帮助解决患者心理问题。

2.4.7 健康教育

患者出院前,手把手教会患者自行更换造瘘袋。出院后患者会继续采用糖皮质激素药物治疗,因此在用药期间,告知患者要严密监测血压、血钾的变化,定期复查尿常规、粪便常规。告知患者安全合理的停药,避免出现“反跳”现象。

2.5 护理评价

本例患者通过合理的评估,充分运用中医辨证施护、中西医结合护理,根据患者病情做好该患

者的疼痛管理、腹泻管理及创面管理,制定个性化的激素免疫治疗方案,同时做好随访与健康教育。患者于入院后第12天,疼痛缓解,日常NRS疼痛

评分 ≤ 3 分;腹泻症状于第5天缓解;出院前,患者营养风险筛查 < 3 分,血红蛋白87 g/L,患者创面已于2024年2月28日完全愈合,详见图1。



图1 创面恢复情况

3 结果和随访

有文献报道2年内坏疽性脓皮病复发率高^[14-15]。因此,随访及强化健康教育对提高患者治疗的依从性尤为重要。指导患者进行疾病自我管理,坚持规范化治疗,按医嘱调整治疗方案,逐渐减少激素、免疫抑制剂剂量,以达到长期维持用量。通过微信、电话随访及互联网诊疗等方式开展定期随访,注意观察生命体征的变化,通过微信图片定期关注患者血常规、血沉、C-反应蛋白、电解质及肝肾功能指标,指导患者发现异常应及时就诊。

4 讨论

坏疽性脓皮病是一种复杂的中性粒细胞性炎症疾病,主要特征是中性粒细胞大量浸润。临床表现以丘疹、脓疱、大疱或结节为先发症状,然后边缘迅速扩大,成为疼痛性坏死性溃疡,创面边缘呈紫红色,潜行性破坏^[16]。现在尚无坏疽性脓皮病的标准治疗方案,西医以全身皮质类固醇和其他免疫抑制药物等全身性治疗、生物制剂和小分子等系统性治疗、药敷和局部使用激素等局部治疗、清创手术等是坏疽性脓皮病的主要治疗方法^[17]。

中医学中暂无坏疽性脓皮病的称谓,就其临床表现本病可属于“淤血流注”范畴。《黄帝内经》有云:“邪气盛为实,正气衰为虚”。患者正气虚损、脉络瘀阻,肌肤失养,复染邪毒而发病。从中医整体观念出发,本病属于热毒之邪盛为标、气血不足为本的本虚标实之证。故治疗上通过开气血生化之源以扶正,改变邪正力量对比和虚实关系,进而在根本上逆转疾病的进展^[18]。从而达到治愈

疾病的目的。经中西医结合的治疗,本例患者的病情在较短时间内得到控制,溃疡逐步痊愈,且未出现明显的不良反应,临床效果显著,凸显中西医结合治疗护理的优势。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] BRASWELL S F, KOSTOPOULOS T C, ORTEGA-LOAYZA A G. Pathophysiology of pyoderma gangrenosum (PG): an updated review [J]. J Am Acad Dermatol, 2015, 73(4): 691-698.
- [2] BINUS A M, QURESHI A A, LI V W, et al. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients [J]. Br J Dermatol, 2011, 165 (6): 1244-1250.
- [3] KRIDIN K, COHEN A D, AMBER K T. Underlying systemic diseases in pyoderma gangrenosum: a systematic review and meta-analysis [J]. Am J Clin Dermatol, 2018, 19(4): 479-487.
- [4] 杨帆, 牟灵英, 杨杨, 等. 不同分期坏疽性脓皮病皮肤溃疡患者的辨证施护3例[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(20): 3154-3158.
YANG F, MOU L Y, YANG Y, et al. Three cases of differentiated nursing for skin ulcer patients with gangrenous pyoderma at different stages [J]. Nurs Pract Res, 2023, 20(20): 3154-3158. (in Chinese)
- [5] 李瑾, 杨道秋, 翟志芳, 等. 坏疽性脓皮病28例临床分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2017, 46 (4): 230-233.
LI J, YANG D Q, ZHAI Z F, et al. Analysis of 28 cases of pyoderma gangrenosum [J]. J Clin Derma-

- tol, 2017, 46(4): 230–233. (in Chinese)
- [6] 谭诚炜. 三阶梯镇痛简介及其应用现况[J]. 上海医药, 2015, 36(2): 46–48.
- TAN C W. Brief introduction of three steps analgesia and its application [J]. Shanghai Med Pharm J, 2015, 36(2): 46–48. (in Chinese)
- [7] 孙懿松, 许方蕾, 黄盛松. 结肠造口并发坏疽性脓皮病 1 例多学科团队合作护理[J]. 上海护理, 2019, 19(6): 61–63.
- SUN Y S, XU F L, HUANG S S. A case of gangrenous pyoderma complicated by colostomy: multidisciplinary team cooperation nursing [J]. Shanghai Nurs, 2019, 19(6): 61–63. (in Chinese)
- [8] QI L Y, WANG Y, WANG L Q, et al. Acupuncture for the treatment of diarrheal-predominant irritable bowel syndrome: study protocol for a pilot randomized controlled trial [J]. Trials, 2021, 22(1): 253.
- [9] 宣逸尘, 刘静, 黄毅勇, 等. 长蛇灸联合西药治疗脾肾阳虚证腹泻型肠易激综合征疗效观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(2): 133–136.
- XUAN Y C, LIU J, HUANG Y Y, et al. Therapeutic effect of long-snake moxibustion combined with western medication on diarrhea type irritable bowel syndrome of spleen and kidney Yang deficiency [J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2021, 41(2): 133–136. (in Chinese)
- [10] WANG S D, CHENG Z D, JIN D, et al. Moxibustion at front-mu point of abdomen for intestinal dysbacteriosis in rats [J]. J Acupunct Tuina Sci, 2011, 9(1): 21–25.
- [11] 杨洁, 陈芳, 陆燕萍. 急性伤口清洗研究新进展[J]. 护理研究, 2017, 31(22): 2705–2706.
- YANG J, CHEN F, LU Y P. Research advances in cleaning acute wounds [J]. Nurs Res China, 2017, 31(22): 2705–2706. (in Chinese)
- [12] 周春兰, 刘颖, 甄莉, 等. 慢性伤口患者基础疼痛及换药相关疼痛的调查分析[J]. 护理学杂志, 2016, 31(18): 25–29.
- ZHOU C L, LIU Y, ZHEN L, et al. An investigation of baseline pain and dressing change-related pain among patients with chronic wounds [J]. J Nurs Sci, 2016, 31(18): 25–29. (in Chinese)
- [13] 张慧霞, 司保才, 刘路光, 等. 应用慷舒灵含银抗菌敷料换药对术后切口感染的预防控制效果评价[J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(12): 2775–2778.
- ZHANG H X, SI B C, LIU L G, et al. Effect of Kangshuling silver antimicrobial dressing on prevention and control of postoperative incision infections [J]. Chin J Nosocomiology, 2017, 27(12): 2775–2778. (in Chinese)
- [14] BROOKLYN T N, WILLIAMS A M, DUNNILL M G, et al. T-cell receptor repertoire in pyoderma gangrenosum: evidence for clonal expansions and trafficking [J]. Br J Dermatol, 2007, 157(5): 960–966.
- [15] CALLEN J P, JACKSON J M. Pyoderma gangrenosum: an update [J]. Rheum Dis Clin North Am, 2007, 33(4): 787–802, vi.
- [16] 于道远, 陆海艳, 黄禾青, 等. 中西医结合治疗坏疽性脓皮病 1 例[J]. 北京中医药, 2022, 41(10): 1195–1196.
- YU D Y, LU H Y, HUANG H Q, et al. A case of gangrenous pyoderma treated by integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Beijing J Tradit Chin Med, 2022, 41(10): 1195–1196. (in Chinese)
- [17] 张艺馨, 王猛, 乔云凤, 等. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎伴坏疽性脓皮病 1 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(2): 257–259.
- ZHANG Y X, WANG M, QIAO Y F, et al. A case of ulcerative colitis with gangrenous pyoderma treated by combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2023, 29(2): 257–259. (in Chinese)
- [18] 胡素叶, 李领娥, 李晓娥, 等. 中西医结合治疗坏疽性脓皮病 1 例[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(2): 176–178.
- HU S Y, LI L E, LI X E, et al. A case of gangrenous pyoderma treated by combination of traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Dermatovenereology Integr Tradit West Med, 2018, 17(2): 176–178. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。